

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628709

A/C: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170485157 ASL-0342068/17  
Vitima: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES  
Data Acidente: 02/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo  
faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628991

A/C: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170485157 ASL-0342068/17  
**Vitima:** FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES  
**Data Acidente:** 02/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DENILZE CORREA DANTAS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

Nº Sinistro: 3170485157  
Vitima: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES  
Data do Acidente: 02/09/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170485157**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12497159





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisca Altaci Alves GomesPORTADOR(A) DO RG Nº 268.317 EXPEDIDO POR SSP/RR EM 08/08/2002 ECPF 818650092-34 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Do larE RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisca Altaci Alves Gomes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito mensal comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2906 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2330-8

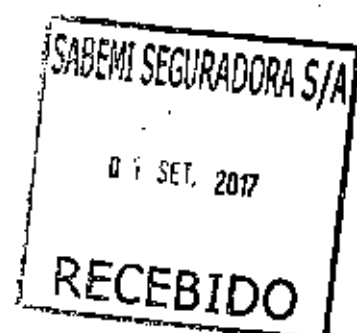
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Para Vítima LRR 07 de Março de 2017 Francisca Altaci Alves Gomes  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítim(o)s beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise em pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº** 249 **/2017 - Boa Vista-RR, em**  
06/03/2017.

**COMUNICANTE: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES**

**RG: 263.317**

**EXP.: SSP/RR**

**CPF: 818.650.072-34**

**ENDEREÇO: RUA S-22**

**Nº: 1788**

**BAIRRO: SANTA LUZIA**

**CIDADE: BOA VISTA**

**SEXO: FEMININO**

**PROFISSÃO: DO LAR**

**NATURALIDADE: CARACARAI**

**ESTADO: RORAIMA**

**DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1984 IDADE: 32 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MEDIO COMPLETO**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99120-8948 Nº REG. CNH: NAO**

**NOME DO PAI: ALTAMIRO ALVES DE CARVALHO**

**NOME DA MÃE: MARIA ANALIA GOMES CARVALHO**

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 15:30 H do dia 02/09/2016, na RUA: MELO JUNIOR, Bairro: CAMBARA, Município: BOA VISTA-RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que conduzia a motocicleta HONDA/ BIZ 125 ES PLACA: NAQ-9370 CHASSI: 9C2JA04206R001205 RENAVAM: 00867883138 de propriedade da Sra. ELIANA DE SOUZA CAVALCANTE pela rua acima citada quando um veículo de PLACA, COR, CHASSI E PROPRIETARIO não identificado invadiu a sua preferencial e não tendo como evitar a colisão entre os veículos batendo em sua lateral, vindo a cair juntamente com sua filha SARHA GABRIELY GOMES IPIAPINA que estava na sua garupa, informa ainda que após o ocorrido foram socorridas pela EQUIPE DO SAMU e encaminhadas ao PSE-HGR. E o relato.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.**  
**OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

*Francisca Altaci Alves Gomes*  
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**SABEMI SEGURADORA S/A**

01 SET. 2017

**RECEBIDO**

**DE ORDEM DO DELEGADO  
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

06/03/17  
**SDAT**

Conferente / Recebedor

**DOCUMENTOS ANEXOS**

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO
- ROP/PM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

06 MAR. 2017

**DELEGACIA DE POLICIA**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisca Altair Alves Gomes  
portador da carteira de identidade nº 263.317 e inscrito  
no CPF/MF sob o nº 

8	4	8	6	5	0	0	7	2	1	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 domiciliado na  
Rua: S - 22  
Nº 1788, Bairro: Santa Luzia Cidade  
Bom Vista Estado Roraima CEP 69317-170

declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

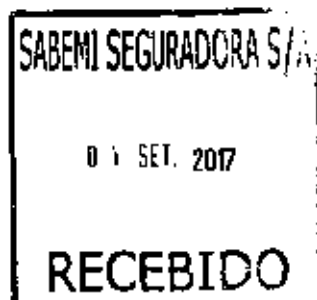
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bom Vista / RR - 07 - de - Março - 2017

Francisca Altair Alves Gomes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SMV Equipe: Paraná, Zucchi, G. W. L.  
 Paciente: Francisco Alvaro Gomes Idade: 36 Sexo: F  
 Endereço: Rua. Metro Júnior - Cam. Bonfim

Nº 1038 DATA 02/09/16 HORA: 15:59  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Zucchi 36:03 g/110

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

## MECANISMO DE TRAUMA

## AUTOMÓVEL

Cinto ☐ SIM ☒ NÃO  
 Vítima ☐ projetada  
☐ encarcerada  
 Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO  
 Motorista: ☐  
 Passageiro: ☐ dianteiro  
☐ traseiro  
☐ Capotamento  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão

## MOTO:

☒ Condutor  
☐ Carona  
 Capacete ☒ SIM ☐ NÃO  
☐ queda  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão Y cone

## BICICLETA:

☐ Condutor  
☐ Carona  
☐ queda  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão

## VIOLÊNCIA

☐ FIB  
☐ PAF  
☐  
 Espionamento  
☐ Violência Doméstica  
☐ Violência Sexual  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Outro:

☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto  
☐ Queda, Altura aprox.:  
☐ Acidente Doméstico  
☐ Queimadura Agente  
☐ Agressão animal  
☐ Outros:

SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET 2017

RECEBIDO

## AVALIAÇÃO INICIAL

## Vias Aéreas

☐ Dispneia  
☐ Bradipneia  
☐ Taquipneia  
☐ Resp. Ruidosa  
☐ Obstruída  
☐ Apnéia  
☐ Outro normal

## Ventilação

☐ M.V. Diminuída  
☐ M.V. Ausente  
☐ Hipertensão  
☐ Glaucoma  
☐ Ferida Aspirativa bilateral

## Circulação

☐ Bradicárdico  
☐ Taquicárdico  
☐ Arritmico  
☐ Enchimento capilar acima de 2"  
☐ Ausente  
RCR 2x

## Aval. Neurológica

☐ AVDN  
☐ Mioclonia  
☐ Midriase  
☐ Anisocoria  
☐ Otorrreia  
☐ Otorrágia  
☐ Rinorrágia  
☐ Aparecimento dilatações  
☐ DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>10:16</u>	<u>120/80</u>	<u>92</u>		<u>98%</u>				
Fim <u>16:42</u>	<u>100</u>	<u>100</u>		<u>98%</u>				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. <input checked="" type="checkbox"/> Penetrante	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento nuclear	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Eritema Sub-Cutâneo	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Tórax instável <input checked="" type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Distendido <input checked="" type="checkbox"/> Em tábua <input checked="" type="checkbox"/> Oligúria <input checked="" type="checkbox"/> Evisceração
5/ alterações					
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações M 3 (3) <input checked="" type="checkbox"/> Luxações			
5/ alterações					
5/ alterações					

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

☒ Ritmo Sinusal  
☐ Taquicardia  
☐ Bradicardia  
☐ Fibril

☐ Fibrilação atrial  
☐ Fibrilação ventricular  
☐ Assístolia

## AFECÇÃO CLÍNICA

☐ Respiratória  
☐ Neurológica  
☐ Pericardite  
☐ Metabólica  
☐ Cardiovascular  
☐ Aborto

☐ Digestiva  
☐ Infecção  
☐ Obstétrica  
☐ Pediátrica  
☐ Outra

## HISTÓRIA PEGRESSIVA

☐ Diabetes  
☐ Cardiopatia  
☐ HAS  
☐ Medicação de uso

## GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO  
☐ SEVERA

☐ PEQUENA  
☐ MORTE

☒ MÉDIA  
☐ INDETERMINADA

☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

## MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS

☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiro  
☐ Outros

CONFERE COMO ORIGINAL

EM 27/01/17

Stephanie

## DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

☐ Iniciada as: ☐ Término as:

☐ RCP com sucesso  
☐ RCP sem sucesso  
☐ Obs:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na visita)

INCIDENTE

RCP



DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

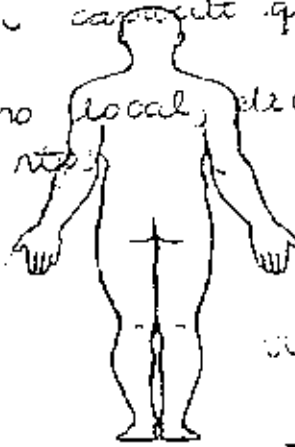
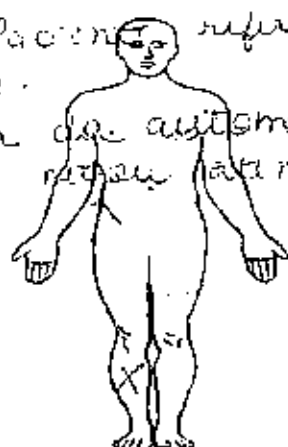
ERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro, para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Relato: paciente em via pública, deitado dorso, desperto, consciente, colaborativa, já em atendimento pelos bombeiros. Suspeita de lesão de M.I.D. (suspeita de fratura de fêmur) queixando de dor local, sem outras queixas, sem outras alterações no exame físico (Sinais de vitalidade / circulação / sangramento).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Resposta Verbal (palavras / milis)	10 - 24	4	2
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	1
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		36 - 45	2	0
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		46 - 50	1	0
Resposta Motora Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta Motora (mov / milis) <td>01 - 05</td> <th>1</th> <th>0</th>	01 - 05	1	0
	Orientado	Bulbuxia	5		06 - 10	0	0
	Confusa	Choro imitado	4		11 - 15	4	3
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		16 - 20	3	2
Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	Escala de Glasgow <td>21 - 25</td> <th>2</th> <th>1</th>	21 - 25	2	1
	Nenhuma	Nenhuma	1		26 - 30	1	0
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		31 - 35	0	0
	Localiza a dor	Retiro ao toque	5		36 - 40	5	4
Resposta Motora	Flexão normal	Retiro a dor	4	Escala de Glasgow <td>41 - 45</td> <th>4</th> <th>3</th>	41 - 45	4	3
	Flexão anormal	Flexão normal	3		46 - 50	3	2
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		51 - 55	2	1
	Nenhuma	Nenhuma	1		56 - 60	1	0
ESCALA DE GLASGOW			1	ESCORE DO TRAUMA			

maneira). Sinais vitais estáveis. Feito colocação de collar cervical e imobilização M.I.D., prancha rígida, aceno verde por fôcos, administrado lenoxican 40mg 1500.4% s.c.m. (2x). Conduzida ao GT.

Obs.: Paciente referir usar capacete que saiu durante acidente. Condição de trânsito no local, deambulando, sem queixas, sem atendimento.



Dra. Renata Brito  
Médica  
CRM-RR 1793

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 27/01/17

Stefanie

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	apico do	Espectroscópio
Perda de líquido: _____	BCF: _____	500.4% s.c.m. (RL)	Ci e grupo ma
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	02 lenoxican	us

02 ataduras  
na base de lesão

algodão  
na base de lesão



For more information on the  
Bioscience Resource Project  
visit: [NABE-USA.org](http://NABE-USA.org)

SEU:CODIGO

[illegible]

Estabelecimento: Instituto de Física  
Av. Capão da Roca, 881 - Centro - São João del-Rei - RJ  
CEP: 22.341-970  
Fone: (21) 246-0000  
Fax: (21) 246-0000  
E-mail: ifd@ufjf.edu.br  
Site: www.ufjf.edu.br

Nº da Nota Fiscal 000030068

A Tercer Sociedad de Energía Eléctrica - TSEE del grupo  
de la Ley 10.538 de 28 de octubre de 1963.

2016 - CONTA MES - 2016		VENCIMENTO - J		CONSUMO (WHY) -	TOTAL A PAGAR (R\$) -
OUTUBRO/2016	01/10/2016	7876	412	40	

ELCICLEA NERES VICENTE  
R. S 22, 178B SANTA LUZIA  
CPF: 8000000000000000  
CEP: 69.317-170 - BOA VISTA

ROT: 28.021.25.19.264100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	Anterior	Atual	Anterior
34097	33310	13/10/2016	14/09/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/11/2016
Consumo Médio:	787	Emissão:	13/10/2016
Consumo Estimado:	787	Arquivo:	13/10/2016

Forma do financiamento: <b>PRAL</b>	Valor do crédito: <b>29</b>	Valor do crédito: <b>29</b>
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	1ª Etapa	Número Unidade	Parte	Código FCB	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	B1	82836892	1403736	1211	1825,0

HISTÓRICO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
MÊS/ANO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
SET/16	745	CONSUMO	787 A R\$ 0,496783 = 390,96
AGO/16	677	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 07/16-	4,14-
JUL/16	672	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/16-00	0,09
JUN/16	786	MULTA POR ATRASO DE 1 09/16-00	0,34
MAI/16	790	JUROS DE MORA POR ATR 09/16-00	0,01
ABR/16	861	MULTA POR ATRASO 09/16-00	8,28
MAR/16	1031	JUROS DE MORA DE IMPO. 09/16-00	0,09
FEV/16	832	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	16,17

FEB/18 972  
 JAN/16 911  
 DEC/15 769  
 JARVIS SH TRIB TOS:  
 89 767 - 9,000,000

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISOS DE VENCIMENTO**

[illegible]

RESERVADO AO FISCO ACEE: 46ES.614F.8048.8459.8835.8892.103E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS FINITAIS - R\$	
Distribuição:	147,00	Base de Cálculo:	300,96
Energia:	151,59	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	56,46
Encargos:	21,44	Valor do PIS:	0,72
Tributos:	70,93	Valor do COFINS:	3,75

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

CANTON DE SAN CARLOS								
	BIO		FIC		DIN		DIN	
	Moneda	Alfabeto	Alfabeto	Alfabeto	Alfabeto	Alfabeto	Alfabeto	Alfabeto
1. CANTON	5,67	11,34	22,69	4,11	8,23	16,47	3,29	
2. MUNICIPIO	0,00			0,00			0,00	
3. CONCEPTO	DISTRITO							



+6035

\_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A  
01 SET. 2017  
RECEBIDO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

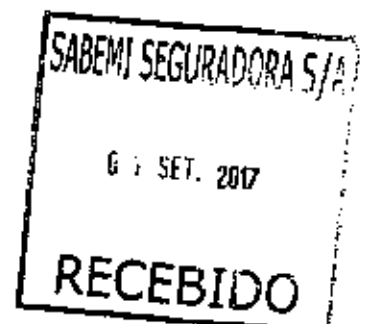
RG: 268.317, Data de emissão 08/08/2002 Órgão SSP-RR, CPF nº: 818.650.072-34 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	S-22
Número	1788
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Santa Luzia
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69317-170
Telefone de Contato	(95) 99120-8948
E-mail	lidesboaavista.pendencia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 07/03/2017

Assinatura do Declarante: Francisca Altaci Alves Gomes





**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 131508

**MARLON TAVARES DANTAS**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732 ,

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR



CÓDIGO ÚNICO <b>196991</b>	MÊS <b>01/2017</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>26-DEC-16 a 25-JAN-17</b>
CONSUMO (kWh) <b>1037</b>	VENCIMENTO <b>10-FEB-17</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 645,57</b>

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

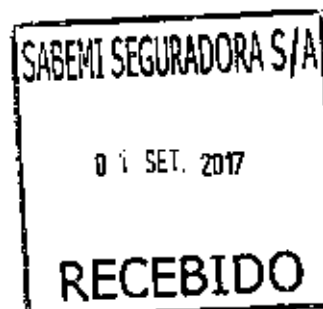
recorte aqui



**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>196991</b>	MÊS <b>01/2017</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 645,57</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000068,455700750009.000000000190.699101170057



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILZE CORREA DANTAS

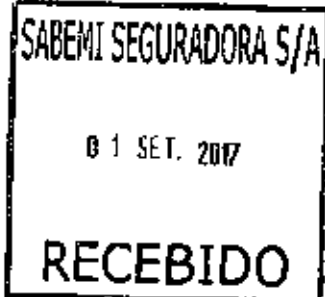
CNH N°: 04953412311 Órgão DETRAN/RR expedido em 25/08/2014

CPF nº: 792.657.152-00 venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	AV GENERAL ATAIDE TEIVE
Número	2732-A
Apto / Complemento	Apto
Bairro	LIBERDADE
Cidade	BOA VISTA
Estado	RORAIMA
CEP	69.309-000
Telefone de Contato	(95) 99117-5392
E-mail	Liderboavista.pendencia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

LOCAL Boa Vista-RR DATA 01/03/17  
Assinatura do Declarante: Denilze Correa Dantas





**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

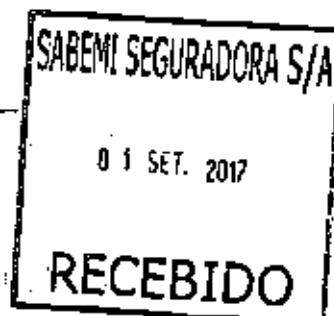
Pelo exposto, eu Denilze Correea Dantas, portador(a) do  
RG nº 04953412311, expedido por Detran IRR, em  
25 108 144, CPF/CNPJ nº 792.657.152-00

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Francisca  
Altacin G. Gomes do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez  
da vítima Francisca Altacin Alves Gomes, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informada Renda Mensal: R\$ não informada

Documentos comprobatórios: não informada

Denilze Correea Dantas  
ASSINATURA - PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO




$$\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \left( \frac{1}{2} \frac{d}{dt} \right)$$

HOSPITAL GERAL DE SOBRALIA  
R. Dr. João Carlos de Azevedo, 774  
Novo Planalto Tel (065) 7521-6620  
Adm. e Cont. (065) 7521-6620

14 DEZ., 2016

Seite

Cenário e Dou Fe o  
ndola é Bai Record  
que foi lançado em 1976

1 8 0 0 6 1 6 G 3 6

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS

CPF 288.317

DATA DE EXPIRAÇÃO 02/08/2002

FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

ALTAMIRO ALVES DE CARVALHO / MARIA ANELIA GOMES CARVALHO

NATURALIDADE CARACARAI-RR

DATA DE NASCIMENTO 05/02/1984

ENDEREÇO CN. 6403 F. 239V L.A. 15 CALACARAI-RR.

Paulo Fernando da Silva

ASSINATURA

02/08/2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF

818/6501072-34

FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

02/08/1984

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

Francisca Altaci Alves Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

SABEMI SEGURADORA S/A

04 SET. 2017

RECEBIDO





400121

Procedimento de Trabalho

VA: 106.121.0017  
D TE POLICIA DE TRAFICO

905314502



NOME: **DIRETOR CORREIA BARBOSA**

CPF: **3144633 889 00**

RG: **732.657.152-00**

DATA DE NASCIMENTO: **08/03/1979**

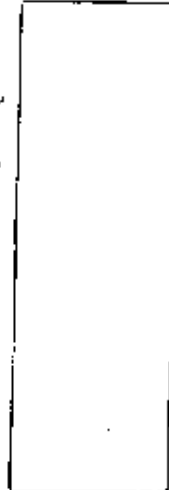
NOME DO SOUZA CORREIA: **JOAO DE SOUZA CORREIA**

ENDEREÇO: **EVANGELINA LOPES DA SILVA**

INSCRIÇÃO: **0493412311**

DATA DE EMISSÃO: **20/08/2015**

DATA DE VALIDADE: **31/05/2016**



*João de Souza Correia*

LOCAL: **BOM VERDE - NOROESTE**

DATA DE EMISSÃO: **28/08/2016**

PRODUTO PIASSIFICAM

905314502

SABEM SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

## RECEBIDO

SEGUNDO TEM POR FUNDAMENTO PRINCIPAL O SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES VIA TERRESTRE, OU POR TELA CARDA, A PESSOAS FÍSICAS (MORTAIS OU NÃO), RESULTO DE ACIDENTE OU DOBRO DO PREÇO DE TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, EM AÇÃO DO COM A LEI Nº 6.194 DE 10 DE 1974, NA EVENTUALIDADE DO SEGURO, ORLA-SE A UMA SITUACÃO CONCORDADA, LIMITES MÁXIMOS DE INDENSAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

MODAL	VEÍCULO QUE PERMANEÇA	DANO
R\$ 13.500,00	ATE R\$ 13.500,00	ATE R\$ 2.700,00

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENSAÇÃO:**  
 - NOTÍCIA RESUMO DE OCORRÊNCIA EXIBIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO E PROVA DA AUTORIA DO ACIDENTE;  
 - INVALIDEZ PERMANENTE, LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE OU DA RESOLUÇÃO DO VITIMADO, COM VERIFICAÇÃO DA CUSTOSIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS DE ACORDO COM OS PERÍCIOS DA TABELA, CONSTATADA EM 10/10/1974, E REGISTRO DA DEPENDÊNCIA CONDICIONADA PARA ATIVIDADE CORRESPONDENTE;  
 - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DANO - PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETIVAS, PROVA DE QUE AS DESPESAS DEPENDEM DO ATENDIMENTO A VITIMADO ACIDENTE ENVOLVIDO, VITÍOLA AUTOMOTORA DE VIA TERRESTRE, E REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DO QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MÉDICO ASSISTENTE, QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VITIMADO;  
 - OS DESPESAS DEPENDERÃO DO ATENDIMENTO A VITIMADO ACIDENTE ENVOLVIDO, VITÍOLA AUTOMOTORA DE VIA TERRESTRE, E REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DO QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MÉDICO ASSISTENTE, QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VITIMADO;  
 - PRAZO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: TRÊS DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA;  
 - CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSORCIOS - DPVAT - TEL. 0800 0221204;  
 - SUPER-ATENDIMENTO AO PÚBLICO: TEL. 0800 0221204;  
 - SITE PARA CONSULTAR INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.dpvatsegurochtrans.com.br> ou  
 - VIGÊNCIA DO SINISTRO: 05 DIAS ANTERES À DATA DE OCORRÊNCIA DO SINISTRO, OU 30 DIAS ANTERES À DATA

**OBSERVAÇÕES:**

- PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:
- APLICAR O POR-CENTUAL DO ROL SOBRE O PRÊMIO TAFARIANO APLICADO DO CUSTO DO SINISTRO
- O PRÊMIO TOTAL A PAGAR É IGUAL A SOMA DO PRÊMIO TAFARIANO + CUSTO DO SINISTRO + IGP
- O SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR TELA CARDA, A PESSOAS FÍSICAS (MORTAIS OU NÃO), É PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS
- PROVE O SEU SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA CUSTA DA OUTRA CUSTA DO TRÂNSITO
- É IMPORTANTE RESALTAR QUE, SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR EMITIDO, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO (ART. 11 RESOLUÇÃO CONTRAN 72/1998)
- A INVALIDEZ E O CUSTO DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO SÃO E REPARADO NO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MEDICA HOSPITALAR AO VITIMADO ACIDENTE DE TRÂNSITO, PARAGRÁFO ÚNICO DO ART. 37 DA LEI 8.212, ALTERADO PELA PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 71 DA LEI 9.300
- SE O SINISTRO FOR EMITIDO EM VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO É REPARADO NO FUNDO NACIONAL DE TRÂNSITO - FUNDTAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 10 DA LEI Nº 9.300 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO)

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**  
 CNPJ: 09.248.608/0001-04  
 Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar  
 Centro - Rio de Janeiro  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DE TRAN

# PROCURAÇÃO PARTICULAR



## OUTORGANTE:

Nome: Francisca Altair Alves Gomes  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
 Profissão: do lar  
 Identidade: 268.317 CPF: 818.650.012-34  
 Endereço: 5-22 1788 B. Santa Luzia

## OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
 Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
 Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Francisca Altair Alves Gomes



Boa Vista, 14 de Fevereiro 2017

Local e data

Francisca Altair Alves Gomes

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
 Av. Avenida Teófilo, 3307 - A. 2 - Boa Vista - Boa Vista - RR  
 Fone: (161) 3620-1186

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) de:

(161) 3620-1186 - FRANCISCA ALTAR ALVES GOMES

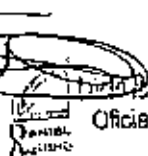
Do que dou fé. Boa Vista, 14 de Fevereiro de 2017

- Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabelião

- Lúcio Ricardo Oliveira Reis - Tabelião Substituto

MBN. Em testemunho da verdade.

Emolumentos: R\$ 1,55 - Selo(s) ISENTO



Oficial Substituto